

University of Groningen

De arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts

Ham, Irene van

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Ham, I. V. (2006). *De arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Hoofdstuk 5

Wat beïnvloedt de arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts?

I. van Ham, H.J.M. van der Planken, K.H. Groenier, J.W. Groothoff
J. de Haan

Aangeboden ter publicatie

Samenvatting

Doel. Antwoord te krijgen op de vraag of er kenmerken van de huisarts(enpraktijk) zijn die een samenhang vertonen met de arbeidssatisfactie van de huisarts.

Methoden: er is een schriftelijke enquête gehouden onder 1151 huisartsen, met een respons van 62% (N=711). Er werden vragen gesteld over de huisarts zelf en diens praktijk en in een specifiek deel werd naar de arbeidssatisfactie gevraagd. Het begrip arbeidssatisfactie werd opgedeeld in zes factoren. Een aantal kenmerken van de huisarts(enpraktijk) werd door middel van uni- en multivariate analyse gecorreleerd met deze zes geconstrueerde factoren.

Resultaten: Voor huisartsen die opleider zijn of apotheekehoudend zijn geldt dat er een positieve correlatie bestaat met een aantal factoren van arbeidssatisfactie. Er blijkt een negatieve samenhang te zijn tussen het bedreigd zijn van de huisarts door patiënten en een aantal factoren van arbeidssatisfactie.

Conclusie: huisartsen die opleider zijn of apotheekehoudend hebben een hogere arbeidssatisfactie ten aanzien van een aantal aspecten van hun werk dan huisartsen die dat niet zijn. Bedreigd zijn hangt samen met een lagere tevredenheid op een aantal aspecten.

Inleiding

De laatste decennia wordt bij artsen een aantal psychische aandoeningen vaker waar genomen dan in de jaren daarvoor. Tot deze aandoeningen behoren onder andere surmenage en burnout.^{1,2} Het al of niet burnout raken heeft te maken met een groot aantal factoren waarvan de mate van ervaren werkstress een belangrijke is. Werkstress hangt nauw samen met arbeidssatisfactie.

Naar arbeidssatisfactie is veel onderzoek gedaan. Ook arbeidssatisfactie van artsen, waaronder huisartsen, is in verschillende landen onderzocht.

Ontevredenheid met het beroep kan, indien langdurig aanwezig, tot gezondheidsproblemen leiden zoals burnout.³ Zo is de kans van de Nederlandse huisarts om in de loop van zijn of haar carrière burnout te raken verhoogd in vergelijking met andere beroepsgroepen.^{4,5}

Inzicht in aspecten die de arbeidssatisfactie van artsen bepalen geeft richting aan de maatregelen die genomen kunnen worden om deze kans op burnout te verkleinen. De vraag is welke aspecten dit zijn.

Dit was aanleiding om een onderzoek te doen naar de arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts.

In 2001 hielden wij daartoe een schriftelijke enquête onder Nederlandse huisartsen. Dit onderwerp stond op dat moment volop in de belangstelling, huisartsen gingen in dat jaar zelfs staken vanwege onvrede met verschillende aspecten van hun beroep.⁶

In de literatuur (vanaf 1990) is relatief weinig te vinden over de relatie tussen kenmerken van de huisarts en diens praktijk en de arbeidssatisfactie. In een aantal artikelen wordt de invloed van de leeftijd van de huisarts op diens arbeidssatisfactie beschreven.^{7,8,9} Over het algemeen hebben oudere huisartsen een hogere arbeidssatisfactie dan jongere huisartsen. Ook werden een aantal onderzoeken gedaan om arbeidssatisfactie van mannelijke en vrouwelijke huisartsen te onderzoeken en te vergelijken.^{7,10,11} In een aantal onderzoeken werd geen verschil in arbeidssatisfactie tussen mannelijke en vrouwelijke artsen

gevonden, maar in een aantal studies zijn vrouwelijke artsen meer tevreden dan mannelijke.

Over de relatie tussen ervaren agressie en arbeidssatisfactie van huisartsen is slechts één artikel aangetroffen. Het betreft hier een onderzoek dat in 1994 in Engeland door Hobbs werd verricht.¹² Doel van dit onderzoek was om de veranderingen die huisartsen in hun praktijk doorvoerden ten gevolge van ervaren agressie, te meten. Hoewel de arbeidssatisfactie van deze huisartsen in dit onderzoek niet is gemeten gaf 6,7% van de bedreigde artsen aan zich minder betrokken te voelen bij de geneeskunde en 3,7% had door agressie minder vertrouwen in zichzelf gekregen als dokter. Er zijn wel meerdere artikelen verschenen die als onderwerp geweld tegen huisartsen hebben, maar daarin worden andere aspecten beschreven. Dit betreft dan bijvoorbeeld de incidentie van geweld, het soort patiënten dat geweld veroorzaakt of de copingstrategieën die huisartsen gebruiken. Vaak wordt aangegeven dat geweld tegen huisartsen leidt tot psychische aandoeningen of een verminderde arbeidssatisfactie, zonder dat dit op zich gemeten is.

In de literatuur werden drie onderzoeksverslagen aangetroffen die het parttime werken van huisartsen als onderwerp hebben.^{13, 14, 15} In één onderzoek heeft men de invloed van parttime werken op de mening van patiënten over de bekwaamheid van hun huisarts en de invloed van parttime werken op de technische vaardigheden van de huisarts gemeten.¹³ In dit onderzoek is niet expliciet gekeken naar de arbeidssatisfactie van de huisarts zelf. Wel constateren de onderzoekers dat huisartsen die meer werken dan gemiddeld (in dit geval meer dan 65 uur per week) significant minder tevreden zijn over de hoeveelheid beschikbare tijd voor hun gezin en voor zichzelf en over de hoeveelheid tijd die ze aan iedere patiënt afzonderlijk kunnen besteden.

In een onderzoek dat de relatie tussen werkstress en de leeftijd waarop de huisarts wil stoppen met de praktijk beschrijft wordt vermeld dat huisartsen die 50 uur per week of meer werkten minder tevreden waren over hun werk dan dokters die parttime werkten.¹⁴ Davidson et al. deden onder meer onderzoek naar de arbeidssatisfactie van een groep huisartsen die in 1974 afstudeerden.¹⁵

Parttime werkende huisartsen waren meer tevreden dan diegenen die fulltime werkten. Zij constateerden verder dat clinici meer tevreden zijn dan huisartsen en dat vrouwelijke huisartsen meer tevreden zijn dan mannelijke. Recent werd een onderzoek gepubliceerd door Sibbald et al. waarin de door hen gemeten arbeidssatisfactie bij Engelse huisartsen wordt beschreven.¹⁶ Zij vonden dat de arbeidssatisfactie samenhang met meerdere persoons- en praktijkkenmerken. Zo was er een relatie tussen lange werkdagen en een lagere arbeidssatisfactie. Mannen gaven in dit onderzoek over het algemeen in hogere mate gevoelens van ongenoegen ten aanzien van het werk aan dan vrouwen. Dokters uit etnische minderheidsgroepen en artsen die in stedelijke of verarmde gebieden praktiseren, zijn ook duidelijk minder tevreden.

Onderzoeken naar arbeidssatisfactie uit de Angelsaksische literatuur laten verschillen tussen de geslachten en verschillen tussen huisartsen in opleiding en gevestigde huisartsen zien.^{8, 17, 18, 19}

Hoewel de werkomstandigheden van de Engelse huisartsen ongetwijfeld op enkele punten zullen verschillen van die van de huisartsen in Nederland komen een aantal stressbronnen de Nederlandse huisarts waarschijnlijk bekend voor. Dat er sprake is van veel stress bij de Nederlandse huisarts blijkt ondermeer uit de -in opdracht van Movir- verrichte enquête in '98, waarbij huisartsen het hoogst scoorden met betrekking tot ervaren stress.²⁰

Harmsen e.a. hebben gemeten dat een objectieve toename van de werkbelasting van de huisarts hieraan ten grondslag ligt.²¹

Recent werden door Post, Calkhoven, Krol, Dijkstra en Groothoff de resultaten van een enquête onder huisartsen uit drie regio's over de te verwachten uitstroom uit het werk gepubliceerd.²² Voor 2010 verwacht 38% van de respondenten de praktijk te verlaten. Als voornaamste reden wordt de hoge werkdruk genoemd, met als belangrijkste bron van ergernis de toegenomen administratie.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de arbeidssatisfactie van de Nederlandse huisarts. Daarom hebben wij een aantal aspecten van de Nederlandse huisarts en

diens praktijk onderzocht in relatie tot de arbeidssatisfactie van de betreffende huisarts. Het doel hiervan is om te kijken welke factoren correleren met deze arbeidssatisfactie.

Methoden

Onderzoekspopulatie

Alle huisartsen die vóór 1 januari 2000 bij AO Artsen-Verzekeringen NV (thans gefuseerd met Movir, onderdeel van ING NV) verzekerd waren en ten tijde van het onderzoek volledig werkzaam, gedeeltelijk arbeidsongeschikt, of niet langer dan 1 jaar volledig arbeidsongeschikt waren als huisarts behoorden tot de populatie.

Om statistisch significante resultaten te behalen, waarbij rekening werd gehouden met de te verwachten respons –geschat op 30%- berekenden wij een benodigde steekproefgrootte van 1200; dit is ongeveer 30% van het totaal bij Artsen Onderlinge verzekerde aantal huisartsen.

Via de computer werd een aselechte steekproef getrokken uit de populatie en na controle werden 1151 van de 1200 huisartsen in de steekproef opgenomen (28,6%). Een klein aantal huisartsen viel om uiteenlopende redenen af met als belangrijkste redenen dat er geen actueel adres beschikbaar was of dat de betrokken huisarts in het buitenland werkzaam was.

Deze 1151 huisartsen werden drie keer benaderd. De eerste en tweede keer ontvingen zij de vragenlijst met een begeleidende brief. De derde keer ontving, vanwege de anonimiteit, de gehele groep een kort vragenblad met het verzoek de reden te vermelden waarom de enquête niet teruggestuurd was, indien dit het geval was.

Omdat alle vragenlijsten en non-respons vragenbladen anoniem werden ingestuurd kon niet worden nagegaan of de groep non-responders wezenlijk verschilde van de groep die wel reageerde. De aard van de gegeven antwoorden op de vraag waarom men de vragenlijsten niet ingestuurd heeft maakt een dergelijk verschil echter niet waarschijnlijk. (geen tijd, enquêtemoe en dergelijke)

Vragenlijst arbeidssatisfactie

Literatuuronderzoek leverde geen bruikbare kant en klare, gevalideerde vragenlijst ten aanzien van arbeidssatisfactie voor zelfstandige beroepsbeoefenaren op, de situatie waarin de meeste huisartsen in Nederland werkzaam zijn. Daarom hebben wij een eigen vragenlijst samengesteld. Over de psychometrische kenmerken van de ontwikkelde vragenlijst zal elders worden gerapporteerd.

Het begrip arbeidssatisfactie kent vele definities en in mindere mate operationalisaties, wat wil zeggen: opsplitsing in een aantal bruikbare deelbegrippen. Wij hebben in het kader van dit onderzoek dit begrip zelf gedefinieerd en geoperationaliseerd. Wij definiëren het begrip arbeidssatisfactie als de tevredenheid ten aanzien van verschillende aspecten van het beroep. Wij vertaalden de deelbegrippen in de vragen, zoals gesteld in de gebruikte vragenlijst.

Elders is de operationalisatie van het begrip arbeidssatisfactie beschreven.²³ Deze operationalisatie leverde uiteindelijk zes factoren op, met ieder een bepaalde score tussen 1 (zeer ontevreden) en 5 (zeer tevreden).

Deze zes factoren zijn tevredenheid over:

Factor 1: samenwerking met en relaties tot anderen

Factor 2: externe werkomstandigheden

Factor 3: algemene aspecten van het werk

Factor 4: diensten of waarneming

Factor 5: beschikbare tijd voor werk en privé

Factor 6: financiële aspecten van het werk

Per factor werd een itemanalyse verricht met zeer bevredigende Cronbachs Alpha's (0,77 - 0,92).

Onderzochte kenmerken.

In tabel 1 staan de onderzochte aspecten van de huisarts en diens praktijk.

Tabel 1: Onderzochte kenmerken

Leeftijd
Geslacht
Praktijkgrootte (< 2000 patiënten, 2000-3000 patiënten, > 3000 patiënten)
Grootte van de dienstgroep avond (< 5 personen, 5-10 personen, > 10 personen)
Grootte van de dienstgroep nacht (< 5 personen, 5-10 personen, > 10 personen)
Grootte van de dienstgroep weekend (< 5 personen, 5-10 personen, > 10 personen)
Deelname aan dokterdienst avond (ja, nee maar wel aanwezig, niet aanwezig)
Deelname aan dokterdienst nacht (ja, nee maar wel aanwezig, niet aanwezig)
Deelname aan dokterdienst weekend (ja, nee maar wel aanwezig, niet aanwezig)
Het wel of niet hebben van nevenactiviteiten (buiten het vak)
Het wel of niet opleider zijn voor co-assistenten, dan wel huisartsen in opleiding
De praktijkvorm (solo, duo of groep of HOED, gezondheidscentrum)
Wel of niet apotheekhoudend
Het wel of niet zelf doen van kleine verrichtingen
Het wel of niet verloskundig actief zijn
Praktijksamenstelling (merendeels ziekenfonds, evenveel ZF als particulier, merendeels particulier)
Praktijkautomatisering (niet of weinig, alleen administratief, volledig)
Percentage werktijd (50%, 50-80%, > 80%)

Het wel of niet hebben van een bijzonder aandachtsgebied (bv. homeopathie)
Het wel of niet hebben van nevenfuncties (binnen het vak)
Wel of niet deelname aan een intervisiegroep
Het wel of niet uitoefenen van alternatieve geneeswijzen
Het wel of niet lichamelijk bedreigd zijn door patiënten (nooit, éénmaal of vaker)
Het wel of niet gevolgd hebben van de beroepsopleiding tot huisarts (geen, 1-jarig, 2-jarig of 3-jarig)
De grootte van de gemeente waarin de praktijk gevestigd is (stad, verstedelijkt platteland of platteland)
De samenstelling van de praktijkpopulatie (minder dan 10% allochtonen, 10 – 30% allochtonen, meer dan 30% allochtonen)
Het aandeel van de leeftijdscategorie van patiënten 65 jaar en ouder ten opzichte van een gemiddelde huisartsenpraktijk (veel meer, ongeveer gelijk, veel minder)
Het aandeel van de leeftijdscategorie van patiënten tot 19 jaar ten opzichte van een gemiddelde huisartsenpraktijk (veel meer, ongeveer gelijk, veel minder)

Statistische analyse

De data zijn ingevoerd in SPSS 9.1. De onderzochte variabelen werden door middel van univariate analyse en multiële regressie analyse in verband gebracht met de zes geconstrueerde factorvariabelen. Om de statistische relevantie te bepalen van het eventueel optredende verschil werd een P-waarde van 0,05 gehanteerd.

Resultaten

Algemeen.

In totaal werden 719 vragenlijsten ontvangen, waarvan er 711 bruikbaar waren. Het uiteindelijk bruikbare responspercentage bedroeg aldus 62 %, aanzienlijk hoger dan aanvankelijk ingeschat.

De leeftijden van de respondenten zijn ingedeeld in vier klassen: 30 t/m 39 jaar, 40 t/m 49 jaar, 50 t/m 59 jaar en 60 jaar en ouder. Niemand was jonger dan 30 of ouder dan 65. De leeftijdsklasse van 50 t/m 59 jaar is het sterkst vertegenwoordigd met 48,5%. In de laagste leeftijdsklasse valt 7,8%, in de klasse 40 t/m 49 38,9% en in de hoogste klasse slechts 4,8%.

In totaal werd de vragenlijst door 573 mannen (81%) en 134 vrouwen (19%) ingevuld.

In de jongere leeftijdsklassen zijn vrouwen veel beter vertegenwoordigd dan in de oudere leeftijdsklassen. In de klasse 30 t/m 39 jaar is 47,3 % vrouw, in de klasse 40 t/m 49 jaar 26,5%, in de klasse 50 t/m 59 10,5% en in de klasse 60 jaar en ouder 2,9%.

Ieder item in de vragenlijst kon op een vijfpuntsschaal gescoord worden, bijvoorbeeld lopend van zeer ontevreden tot zeer tevreden. Daarnaast kon men “geen mening” of “niet van toepassing” aangeven: deze zijn niet meegenomen in de berekening van het gemiddelde en de standaard afwijking.

Er blijken aanzienlijke verschillen te zijn in de gemiddelden van de zes factoren waarin arbeidssatisfactie is onderverdeeld. (tabel 2)

Tabel 2. Gemiddelde score (en standaardafwijking) van de factoren van arbeidssatisfactie

Factor	Gemiddelde	Standaard afwijking
Samenwerking	3,76	0,42
Werkomstandigheden	3,60	0,63
Algemeen	3,47	0,44
Diensten	2,81	0,93
Beschikbare tijd	2,77	0,82
Financiën	2,61	1,01

Univariate analyse.

Er is een univariate analyse gedaan waarbij een aantal, hieronder beschreven kenmerken een significante samenhang met arbeidssatisfactie vertoont. Voor alle andere kenmerken geldt dat er geen significante relatie is.

Leeftijd en geslacht.

Leeftijd: uit de univariate analyse blijkt dat de arbeidssatisfactie op drie factoren significant hoger is naarmate de leeftijd van de huisarts hoger is. Dit zijn de factoren samenwerking, externe werkomstandigheden en algemene aspecten.

Geslacht: univariaat blijkt dat er per leeftijdsklasse geen statistisch significant verschil tussen de geslachten is met betrekking tot de mate van arbeidssatisfactie, uitgesplitst voor elk van de zes factoren. In de klasse 60 jaar en ouder waren echter te weinig vrouwen aanwezig om de mate van arbeidssatisfactie te kunnen vergelijken.

Het percentage dat men werkt (< 50%, 50-80%, > 80%) geeft geen verschil in arbeidssatisfactie tussen mannen en vrouwen (op alle zes factoren).

Arbeidssatisfactie met betrekking tot de diensten.

De grootte van de dienstgroep voor de avonddiensten blijkt significant verschil in arbeidssatisfactie voor de factoren “externe werkomstandigheden” (factor 2) en “diensten of waarneming” (factor 4) en “financiële aspecten” (factor 6) op te leveren. Voor de factoren externe werkomstandigheden en financiële aspecten hebben huisartsen die voor de avonddiensten deel uit maken van een groep van minder dan vijf huisartsen de hoogste arbeidssatisfactie. Voor de factor diensten of waarneming geldt dit voor deelname aan een groep van meer dan tien huisartsen.

Veertien procent van de huisartsen neemt voor de avonddiensten deel aan een groep die kleiner is dan vijf personen, 58 % neemt deel aan een groep van vijf tot tien personen (N=699).

De grootte van de dienstgroep voor de nacht- of voor weekenddiensten en het al of niet deelnemen aan een centrale huisartsen post (CHP) voor avond, nacht en weekenden gaf geen significante verschillen in arbeidssatisfactie voor de zes factoren.

Nevenfuncties.

Ongeveer 70% van alle respondenten geeft aan een of meer nevenfuncties uit te oefenen.

Verreweg het meest frequent worden bestuurlijke activiteiten (KNMG, Hagro of anders) genoemd (384 keer), opleider zijn voor co-assistenten of huisartsen in opleiding (131 keer) en overige nevenactiviteiten (151 keer).

Er bestaat een significant verschil wat betreft de arbeidssatisfactie tussen artsen die wel of niet een nevenfunctie hebben. Het hebben van een nevenfunctie leidt tot een hogere arbeidssatisfactie voor de factoren samenwerking (factor 1) en algemeen (factor 3).

Het wel of niet lichamelijk bedreigd zijn door patiënten.

Wij vroegen of de respondenten nooit, éénmaal of vaker lichamelijk bedreigd werden door (familie van) patiënten. Van de huisartsen is 19,5% één keer lichamelijk bedreigd door een patiënt of diens familie. 10,1% is meerdere keren bedreigd en 70,4% geeft aan nooit bedreigd te zijn.

Wanneer de arbeidssatisfactie vergeleken wordt van huisartsen (mannelijk en vrouwelijk) die nooit, één of meerdere keren bedreigd zijn dan treden er significante verschillen op. Deze zijn er bij de factoren externe werkomstandigheden (factor 2), diensten/waarneming (factor 4), tijd voor werk en privé (factor 5) en financiën (factor 6). Op bijna al deze factoren (alleen bij factor 4 niet) zijn de nooit bedreigde artsen meer tevreden dan de éénmaal bedreigde artsen en deze zijn op hun beurt op bijna al deze factoren meer tevreden dan de meerdere malen bedreigde artsen.

Daarna is er gekeken of er verschil is tussen mannen en vrouwen. Omdat de groep vrouwen die twee keer of vaker bedreigd werd (N=5) te klein is om te bepalen of er een statistisch significant verschil is tussen de percentages vaker bedreigde mannen en vrouwen werd de totale groep gesplitst in een groep die nooit lichamelijk bedreigd werd en een groep die wel (een keer of vaker) bedreigd werd. Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot niet of wel bedreigd zijn.

Opleiders

Uit de gegevens blijkt dat 46% van de huisartsen opleider is van co-assistenten of huisartsen in opleiding.

Opleiders hebben op een drietal factoren een hogere arbeidssatisfactie, te weten de factoren samenwerking (factor 1), externe werkomstandigheden (factor 2) en algemeen (factor 3).

Wel of niet apotheekhoudend.

Van alle deelnemende huisartsen is 11,4% apotheekhoudend. Apotheekhoudende huisartsen geven een (veel) hogere arbeidssatisfactie aan op een viertal factoren,

te weten, de factoren externe werkomstandigheden (factor 2), diensten/waarneming (factor 4), tijd voor werk en privé (factor 5) en financiën (factor 6).

Vooraf bij factor 6, financiën, is het verschil zeer groot. Opvallend is dat de arbeidssatisfactie bij beide groepen niet of nauwelijks verschilt op de factoren samenwerking (factor 1) en algemene aspecten (factor 3).

Multivariate analyse.

De *tevredenheid over de samenwerking* wordt door drie kenmerken op significante wijze beïnvloed: de leeftijd ($F=5,070$, $df=1, 537$, $p=0,025$), het werkzaam zijn als opleider ($F=13,335$, $df=1, 537$, $p<0,0005$) en het hebben van nevenfuncties buiten het eigen vakgebied ($F=9,378$, $df=1, 537$, $p=0,002$). In tabel 3 staan de regressiecoëfficiënten en hun betrouwbaarheidsintervallen.

Oudere artsen zijn meer tevreden dan jongere evenals artsen die opleider zijn of die een nevenfunctie hebben. Alle kenmerken samen verklaren 15,8 % van de variantie in scores op deze factor, de drie significante kenmerken verklaren echter slechts 8,5% van de variantie.

Tabel 3. Tevredenheid over samenwerking

Parameter *	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheidsinterval	
			Ondergrens	Bovengrens
Constante	0,201	0,277	-0,343	0,745
Opleider	0,141	0,039	0,065	0,217
Nevenfuncties	0,122	0,040	0,044	0,200
Leeftijd	0,011	0,005	0,001	0,021

$R^2 = 0,085$

* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

De *tevredenheid over externe werkomstandigheden* blijkt met het grootste aantal kenmerken samen te hangen (tabel 4). Alle gemeten kenmerken samen verklaren 20,3 % van de variantie van de tevredenheid. De zeven significante kenmerken verklaren 12,6% van de variantie. Tabel 4 laat de regressiecoëfficiënten en hun betrouwbaarheidsintervallen zien.

De grootte van de dienstgroepen beïnvloedt de tevredenheid op het aspect externe werkomstandigheden ($F=3,742$, $df=2, 489$, $p=0,024$), dat wil zeggen dat artsen met kleine dienstgroepen voor het weekend minder tevreden zijn dan hun collega's. Het ontbreken van een doktersdienst voor de avond leidt tot een lagere satisfactie met betrekking tot de werkomstandigheden ($F=4,004$, $df=2, 489$, $p=0,019$), terwijl het ontbreken ervan voor het weekend juist tot een hogere

satisfactie aanleiding geeft ($F=8,151$, $df=2$, 489 , $p<0,0005$). De aanwezigheid, respectievelijk deelname aan een doktersdienst voor de nachten blijkt geen significante relatie te hebben met de tevredenheid. Bovendien blijkt dat artsen werkzaam in een gezondheidscentrum meer tevreden zijn dan de collega's in een solistische praktijk of zij die werkzaam zijn in HOED, DUO- of groepspraktijk verband ($F=4,803$, $df=2$, 489 , $p=0,009$).

Het optreden als opleider voor co-assistenten en/of huisartsen in opleiding blijkt een factor te zijn die een positieve invloed heeft op de tevredenheid over de externe werkomstandigheden ($F=16,586$, $df=1$, 489 , $p<0,0005$).

Ten aanzien van de tevredenheid over externe werkomstandigheden blijkt verder dat het al of niet bedreigd zijn ($F=8,134$, $df=1$, 489 , $p=0,005$) en de samenstelling van de praktijkpopulatie ($F=3,386$, $df=2$, 489 , $p=0,035$) statistisch significant samenhangen met de tevredenheid. Artsen die nog nooit lichamelijk zijn bedreigd, of patiënten populatie met minder dan 10% allochtonen hebben of ouder zijn scoren hoger op de tevredenheid over de externe werkomstandigheden dan hun collega's.

Tabel 4. Tevredenheid over werkomstandigheden

Parameter *	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheids- interval	
			Onder- grens	Boven- grens
Constante	-0,576	0,406	-1,373	0,221
Grootte dienstgroep weekend < 5 personen**	-0,517	0,199	-0,908	-0,126
Grootte dienstgroep weekend 5 - 10 personen**	-0,261	0,125	-0,507	-0,014
Deelname aan doktersdienst avond [#]	0,475	0,183	0,116	0,833
Geen deelname doktersdienst avond, wel aanwezig [#]	0,363	0,198	-0,026	0,751
Deelname aan doktersdienst weekend ^{##}	-0,546	0,143	-0,826	-0,265
Geen deelname doktersdienst weekend, wel aanwezig ^{##}	-0,461	0,206	-0,866	-0,055
Opleider	0,234	0,057	0,121	0,347
Praktijkvorm solist ^{\$}	-0,283	0,127	-0,533	-0,034
Praktijkvorm HOED, DUO of groep ^{\$}	-0,125	0,123	-0,366	0,116
Nog nooit lichamelijk bedreigd	0,093	0,084	-0,071	0,258
< 10% allochtonen in de praktijk ^{\$\$}	0,237	0,132	-0,022	0,496
10 - 30% allochtonen in de praktijk ^{\$\$}	0,050	0,132	-0,210	0,309

$R^2 = 0,128$

* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

** ten opzichte van grootte dienstgroep weekend > 10 personen

ten opzichte van geen doktersdienst avond aanwezig

ten opzichte van geen doktersdienst weekend aanwezig

\$ ten opzichte van gezondheidscentrum

\$\$ ten opzichte van > 30% allochtonen in de praktijk

In tabel 5 staan de regressiecoëfficiënten en hun betrouwbaarheidsintervallen van de kenmerken die significant samenhangen met de *tevredenheid over algemene werkaspecten*: leeftijd ($F=9,168$, $df=1$, 518 , $p=0,003$), opleider zijn ($F=9,762$, $df=1$, 518 , $p=0,002$), het hebben van nevenfuncties binnen het vakgebied ($F=7,625$, $df=1$, 518 , $p=0,006$), het bedreigd zijn ($F=6,980$, $df=1$, 518 , $p=0,008$) en het aandeel van patiënten beneden 19 jaar in de praktijk ($F=4,076$, $df=1$, 518 , $p=0,018$). Naarmate de huisarts ouder is, is de tevredenheid over de algemene

werkaspecten groter. Dit geldt ook voor huisartsen die opleider zijn. Ook artsen die aangeven evenveel jeugdigen in de praktijk hebben als een gemiddelde praktijk zijn meer tevreden. Artsen die één of meer keren lichamelijk bedreigd zijn, zijn juist minder tevreden. Hoewel alle gemeten kenmerken 16,9 % van de variabiliteit van de tevredenheid verklaren, komt slechts 8,6% ervan voor rekening van de vijf significante kenmerken.

Tabel 5. Tevredenheid over algemene werkaspecten

Parameter *	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheids interval	
			Onder-grens	Boven-grens
Constante	-0,096	0,301	-0,689	0,496
Opleider	0,127	0,041	0,047	0,207
Nevenfuncties	0,115	0,042	0,033	0,197
Nog nooit lichamelijk bedreigd	0,109	0,041	0,028	0,190
Meer patiënten < 19 jr. als norm **	-0,059	0,092	-0,240	0,121
Evenveel patiënten < 19 jr. als norm **	0,118	0,059	0,002	0,233
Leeftijd	0,017	0,005	0,006	0,027

$R^2 = 0,086$

* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

** ten opzichte van minder patiënten < 19 jr. als normaal

De leeftijd ($F=4,211$, $df=1$, 556 , $p=0,041$) en het hebben van een apotheek ($F=11,759$, $df=1$, 556 , $p=0,001$) blijken de enige kenmerken te zijn die een significante relatie vertonen met de *tevredenheid over de diensten*. Oudere artsen zijn, evenals zij die apotheekhoudend zijn meer tevreden dan de overigen. Apotheekhoudende huisartsen scoren ruim een halve schaalpunt hoger op de factor tevredenheid over de diensten dan zij die geen apotheek hebben. Het percentage verklaarde variantie bedraagt voor alle gemeten kenmerken 10,1%, voor de twee significante kenmerken is dat slechts 1,9%. De regressiecoëfficiënten en hun betrouwbaarheidsintervallen staan in tabel 6.

Tabel 6. Tevredenheid over diensten

Parameter *	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheids interval	
			Onder-grens	Boven-grens
Constante	0,026	0,617	-1,187	1,238
Apotheekhoudend	0,532	0,155	0,227	0,836
Leeftijd	0,023	0,011	0,001	0,045

$R^2 = 0,019$

* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

Alle gemeten kenmerken samen verklaren 17 % van de variantie in de scores op de factor *tevredenheid over de tijdsverdeling*. Vijf kenmerken blijken een significante bijdrage te leveren aan deze factor. Zij verklaren 7,7% van de variantie. De regressiecoëfficiënten van de hierboven genoemde significante kenmerken staan samen met de betrouwbaarheidsintervallen in tabel 7.

Het hebben van nevenactiviteiten buiten het vakgebied leidt tot een hogere tevredenheid met betrekking tot de tijdsverdeling werk/privé ($F=6,225$, $df=1$, 519, $p=0,013$). Tevredenheid over de tijdsverdeling wordt ook in belangrijke mate bepaald door het al of niet apothekhoudend zijn ($F=13,924$, $df=1$, 519, $p<0,0005$). De apothekhoudende huisartsen scoren een halve schaalpunt hoger ten aanzien van deze factor. Voor de praktijksamenstelling geldt dat artsen met een patiënten populatie met minder dan 10% allochtonen meer tevreden zijn dan de overigen ($F=3,759$, $df=2$, 519, $p=0,024$). Parttime werken leidt eveneens tot een statistisch significant hogere score op deze factor ($F=3,562$, $df=2$, 519, $p=0,029$). Hoe lager het percentage werktijd, hoe hoger de score. Daarnaast scoren artsen, die zich niet inlaten met andere geneeswijzen ook bijna een halve schaalpunt hoger dan de anderen ($F=2,501$, $df=4$, 519, $p=0,042$).

Tabel 7. Tevredenheid over tijdsverdeling

Parameter*	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheids Interval	
			Onder-grens	Boven-grens
Constante	0,175	0,391	-0,593	0,943
Nevenactiviteiten	0,188	0,075	0,040	0,336
Apotheekhoudend	0,507	0,136	0,240	0,774
< 10% allochtonen in de praktijk**	0,326	0,153	0,025	0,627
10 - 30% allochtonen in de praktijk**	0,153	0,154	-0,149	0,455
Werktijd 50%#	0,505	0,241	0,031	0,979
Werktijd 50% – 80%#	0,214	0,103	0,010	0,417
Homeopathie##	-0,374	0,226	-0,818	0,069
Acupunctuur##	-0,756	0,349	-1,441	-0,071
Manuele therapie##	-0,448	0,265	-0,969	0,073
Andere vormen van andere geneeswijzen##	-0,202	0,345	-0,880	0,477

$R^2 = 0,077$

* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

** ten opzichte van > 30% allochtonen in de praktijk

ten opzichte van 100% werktijd

ten opzichte van geen andere geneeswijzen

Wat betreft de *tevredenheid over de financiën* is er een significante relatie met het opleider zijn ($F=4,968$, $df=1$, 483), apothekhoudend zijn ($F=33,256$, $df=1$, 483, $p<0,0005$) en het hebben van een speciaal aandachtsgebied ($F=5,799$, $df=1$, 483, $p=0,016$). Artsen die opleider of apothekhoudend zijn meer tevreden over de financiële kant van hun vak en artsen zonder speciale aandachtsgebieden zijn meer tevreden dan zij die aangeven wel speciale aandachtsgebieden te hebben. Alle gemeten kenmerken samen verklaren ruim 19 % van de variantie van de tevredenheid over de financiën, de drie significante kenmerken nemen 10,4% voor hun rekening. Verreweg het grootste aandeel hiervan komt voor rekening van het kenmerk apothekhoudend. Apothekhoudende huisartsen scoren gemiddeld bijna een heel schaalpunt hoger op de tevredenheid over de financiën

vergeleken met hun collega's. In tabel 8 staan de regressiecoëfficiënten van de significante kenmerken en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen.

Tabel 8. Tevredenheid over financiën

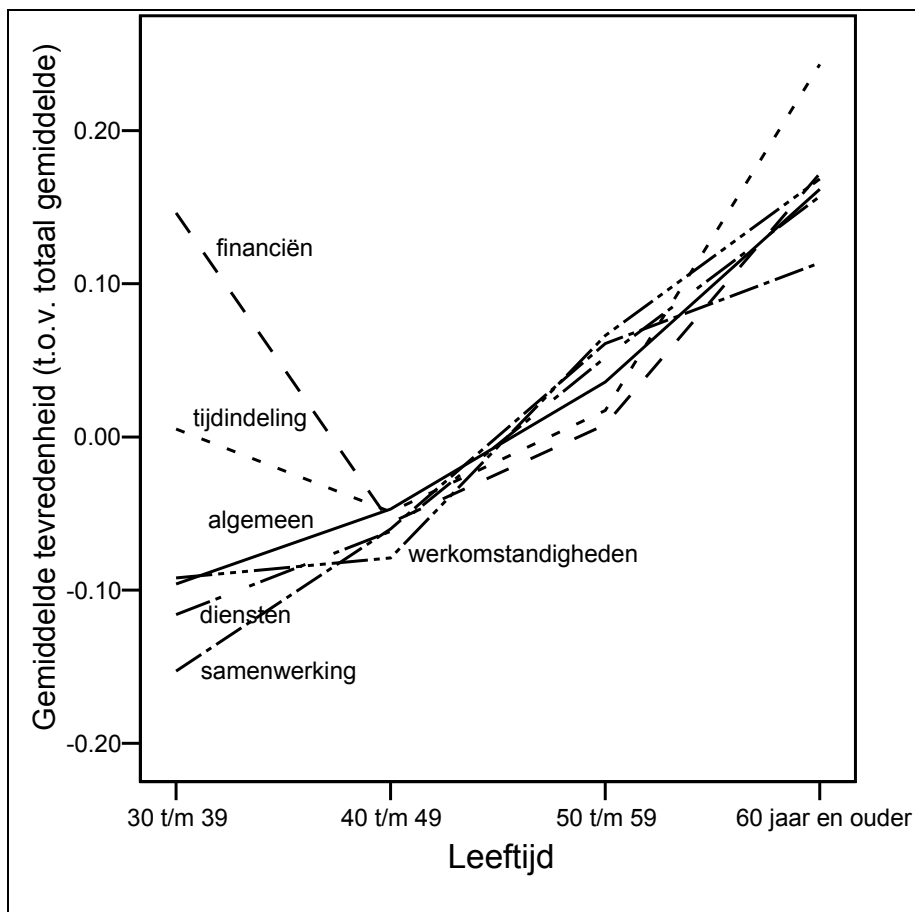
Parameter*	b	Std. Fout	95% Betrouwbaarheids interval	
			Onder- grens	Boven- grens
Constante	1,628	0,662	0,329	2,928
Opleider	0,209	0,094	0,025	0,394
Apotheekhoudend	0,961	0,167	0,634	1,288
Speciale aandachtsgebieden	-0,217	0,090	-0,394	-0,040

$R^2 = 0,104$

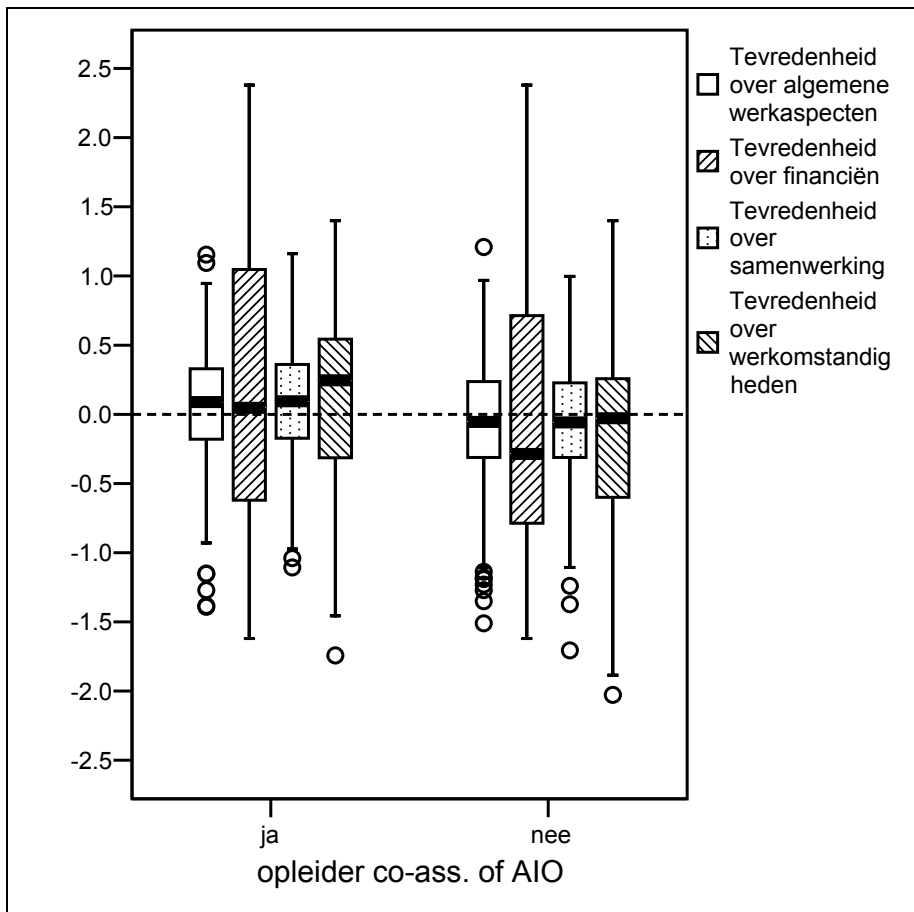
* parameterwaarden t.o.v. het gemiddelde

Resumerend kan men zeggen dat uit de multivariate analyse blijkt dat naast leeftijd (figuur 1) het opleider zijn (figuur 2) een belangrijke factor is voor meerdere aspecten van de arbeidssatisfactie.

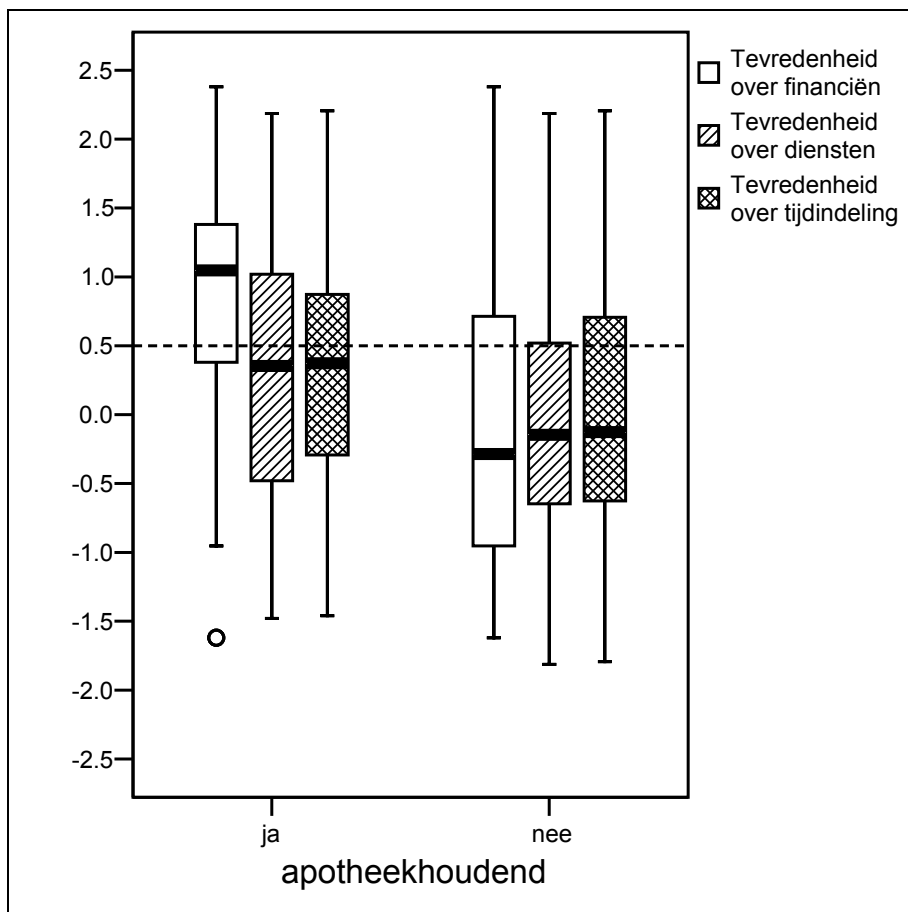
Verder kan gesteld worden dat op drie van de zes factoren met betrekking tot arbeidssatisfactie de apothekhoudende huisartsen beduidend hoger scoren dan hun collega's (figuur 3).



Figuur 1: Relatie tussen leeftijd en factoren van arbeidssatisfactie



Figuur 2. Gemiddelde tevredenheid (t.o.v. totaal gemiddelde) voor opleiders en niet-opleiders



Figuur 3. Gemiddelde tevredenheid (t.o.v. totaal gemiddelde) voor apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of er kenmerken zijn van de huisarts zelf of van diens praktijk die significant samenhangen met de hoogte van de beleefde arbeidssatisfactie.

De arbeidssatisfactie van de huisarts is hoger naarmate hij of zij ouder is, hoewel dit niet voor alle factoren van arbeidssatisfactie significant is. In de meeste andere onderzoeken is dit eveneens het geval. Een van de verklaringen hiervoor is dat jonge(re) huisartsen die minder tevreden zijn over hun werk als huisarts wellicht sneller geneigd zijn een andere carrière te zoeken of te stoppen met werken als huisartsen die wel plezier hebben in hun werk. Er treedt dus een zekere selectie op. De gezonde, oudere huisarts die veel plezier heeft in zijn werk zal wellicht doorgaan tot de officiële pensioengerechtigde leeftijd.

Er bestaat geen verschil in arbeidssatisfactie naar geslacht, gecorrigeerd voor leeftijd; dit geldt voor alle factoren.

In de univariate analyse is er, naast de leeftijd, voor vier kenmerken van de huisarts of diens praktijk een significante relatie met drie of meer, per kenmerk wisselende, factoren van arbeidssatisfactie. Deze kenmerken zijn: grootte van de dienstgroep voor de avond, wel of niet bedreigd zijn, wel of geen opleider zijn en wel of niet apotheekhoudend zijn. Bij de multivariate analyse zijn er twee kenmerken die met drie of vier factoren een significante correlatie hebben, namelijk wel of geen opleider zijn en wel of niet apotheekhoudend zijn (zie figuur 2 en 3). Het kenmerk wel of niet bedreigd zijn correleert met twee factoren. Het wel of geen opleider zijn en wel of niet apotheekhoudend zijn geven dus in beide analyses een significante relatie met minimaal drie factoren. Wel of niet bedreigd zijn met vier in de univariate en met twee in de multivariate analyse.

Wel of niet bedreigd.

Zoals weergegeven bij de resultaten blijkt uit het onderzoek dat huisartsen die lichamelijk bedreigd zijn in de multivariate analyse een significant lagere arbeidssatisfactie aangeven op externe werkomstandigheden en algemene

aspecten. Uiteraard is hier niet aan te geven wat oorzaak en gevolg is. Mogelijk zijn huisartsen minder tevreden over hun vak omdat ze bedreigd zijn. Echter een ontevreden huisarts komt mogelijk eerder in conflict met patiënten, wat kan leiden tot een bedreiging van de huisarts in kwestie. Dit is ook elders in de literatuur beschreven.²³

Mannelijke artsen worden niet vaker bedreigd dan vrouwelijke. Er is weinig aandacht voor de invloed van bedreiging op de arbeidssatisfactie van huisartsen, getuige het feit dat in de Nederlandstalige literatuur geen artikelen zijn aangetroffen gericht op dit onderwerp.

De opleider.

Opleider zijn van co-assistenten of huisartsen in opleiding blijkt, in de multivariate analyse, samen te hangen met een hogere tevredenheid op de factoren samenwerking, externe werkomstandigheden, algemene aspecten en financiën .

Het is echter niet mogelijk een uitspraak te doen over de aard van deze relatie, hoe aantrekkelijk het ook zou zijn te concluderen dat het feit dat men opleider is leidt tot een hogere arbeidssatisfactie. Het is namelijk mogelijk dat de arbeidssatisfactie toeneemt door het feit dat men opleider is maar het is net zo goed mogelijk dat huisartsen met een hogere arbeidssatisfactie eerder besluiten opleider te worden. Verder onderzoek is dan ook nodig om de aard van deze samenhang vast te stellen

Apotheekhoudend zijn.

Het hebben van een apotheek correleert significant positief met de arbeidssatisfactie. Niet verrassend is dat dit mede de tevredenheid over het aspect financiën betreft, omdat een apotheek bij de praktijk een goede bron van inkomsten is. Wellicht is het feit dat men over het algemeen meer tevreden is als men een apotheek bij de praktijk heeft, een argument dat meegenomen kan worden in de discussies over dit onderwerp.

Een aantal kenmerken vertoont, in beide analyses, geen significante correlatie met de gemeten arbeidssatisfactie.

Er is bijvoorbeeld geen significante relatie voor de grootte van de praktijk en de grootte van de gemeente waarin de praktijk gevestigd is. Een verdere verkleining van de gemiddelde praktijkgrootte leidt dus mogelijk niet tot een verhoging van de arbeidssatisfactie. Wat betreft de grootte van de gemeente waarin men gevestigd is spelen vele factoren een rol die de arbeidssatisfactie tegenstrijdig kunnen beïnvloeden en hierover is dan ook geen uitspraak te doen. Zo zijn bijvoorbeeld in de stad de groepen waarin men dienst doet gemiddeld groter, men heeft dus minder vaak dienst maar de kans dat men bedreigd wordt is groter.

De samenstelling van de praktijkpopulatie met betrekking tot het percentage allochtonen heeft slechts invloed op één aspect van de ervaren arbeidssatisfactie, namelijk de tevredenheid ten aanzien van de externe werkomstandigheden. Dit ondanks het feit dat er in de Nederlandse literatuur aanwijzingen zijn te vinden dat contacten met patiënten van een andere cultuur een hogere huisartscontactfrequentie en een verhoogde subjectieve werkdruk tot gevolg hebben.²¹

Kennelijk zoekt de huisarts die op zoek is naar een praktijk ter overname toch zoveel mogelijk een praktijk die aansluit bij de eigen wensen op het gebied van praktijksamenstelling.

Belangrijk is verder dat voor een kenmerk dat momenteel in de aandacht staat, namelijk het feit of men wel of niet deelneemt aan een centrale doktersdienst (CHP), slechts een significante relatie aantoonbaar is met een van de zes factoren van arbeidssatisfactie. Dit is de factor externe werkomstandigheden. Er is geen statistisch significante relatie met de factor tevredenheid over de diensten. Van een toenemend aantal centrale doktersdiensten is mogelijk dan ook geen heil te verwachten als het om de arbeidssatisfactie ten aanzien van de diensten gaat. Wel dient men te bedenken dat dit onderzoek is gebaseerd op slechts één meting in de tijd en dat het aantal centrale doktersdiensten pas sinds enkele jaren fors toeneemt. Weliswaar dateert de eerste centrale doktersdienst regeling (van Den

Haag) al uit de periode van de Tweede Wereldoorlog maar dit is decennia lang het enige voorbeeld geweest. Het is mogelijk dat tijdens de startperiode van een Centrale Doktersdienst de nadelen als groter worden ervaren dan de voordelen. Gegevens van later datum geven aan dat huisartsen in toenemende mate tevreden zijn over deze centrale dokterposten, hoewel ook kritische geluiden gehoord worden.²⁴

Herhaling van deze enquête bij dezelfde huisartsen over enkele jaren om een beter beeld in de tijd te verkrijgen over een mogelijk verband tussen arbeidssatisfactie en dienstenregelingen lijkt de moeite waard, maar kent ook potentiële valkuilen. Het is mogelijk dat huisartsen met een hoge arbeidssatisfactie percentueel minder vaak met de praktijk stoppen dan artsen met een lagere arbeidssatisfactie. Dit is het zogenaamde “healthy worker” effect.

Uit de resultaten blijkt dat het percentage dat men werkt slechts een zeer beperkte invloed heeft op de beleefde arbeidssatisfactie. Bij de multivariate analyse is er alleen een significante correlatie gevonden tussen het percentage dat men werkt en de tevredenheid over de hoeveelheid tijd voor werk en privé. Waarschijnlijk heeft de beslissing of men fulltime dan wel parttime wil werken als huisarts vooral te maken met andere factoren dan het plezier dat men beleeft aan het werk. In de in de inleiding beschreven onderzoeken waren dokters die veel werkten minder tevreden dan dokters die minder werkten. De vraag is echter of meer dan wel minder dan 50 uur werken geheel vergelijkbaar is met de door ons gehanteerde definitie van fulltime en parttime werken. Hoewel veel huisartsen op het vragenformulier spontaan aangaven het doen van bevellingen heel bevredigend te vinden, c.q. het te betreuren dat zij hiermee moesten stoppen, bestaat er voor geen enkele factor van de gemeten arbeidssatisfactie verschil ten aanzien van het wel of niet verloskundig actief zijn.

Beperkingen van het onderzoek.

Omdat geen gebruik is gemaakt van een bestaande vragenlijst is nauwkeurige vergelijking van onze resultaten met die van een onderzoek waarin een andere vragenlijst is gebruikt, niet mogelijk.

De man/vrouw verhouding in dit onderzoek week af van die in de totale huisartsenpopulatie omdat in dit onderzoek een groter percentage van het mannelijk geslacht is dan in de totale huisartsenpopulatie. De totale huisartsenpopulatie in Nederland omvat alle huisartsen, dus ook de Huisartsen In Dienst van een Huisarts (de HIDHA's). Van deze HIDHA's is maar liefst ruim 80% vrouw. Er waren echter relatief weinig HIDHA's verzekerd bij AO Artsen Verzekeringen, waarschijnlijk omdat zij via een loondienstverband verzekerd waren via de Ziektewet en de WAO. Dit is een mogelijke verklaring voor het feit dat in ons onderzoek de vrouwen relatief ondervertegenwoordigd zijn.

Een tweede duidelijk verschil tussen onze onderzoekspopulatie en de totale huisartsenpopulatie is dat onze respondenten gemiddeld ouder zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het verzekerdenbestand van AO Artsen Verzekeringen op het moment van het onderzoek relatief vergrijsd was. Samenvattend lijkt onze onderzoekspopulatie dus niet geheel representatief te zijn voor de totale groep van de Nederlandse huisartsen.

Omdat de vragenlijsten anoniem werden ingestuurd is een goed non-responders onderzoek niet mogelijk. Het zou kunnen dat de non-responders een hogere of juist lagere arbeidssatisfactie hebben. De aard van de gegeven antwoorden op de vraag waarom men de vragenlijsten niet ingestuurd heeft maakt een dergelijk verschil echter niet waarschijnlijk.

Hoewel er voor een aantal variabelen een statistisch significante relatie is met bepaalde factoren van arbeidssatisfactie wordt de variantie slechts voor een klein deel bepaald door deze variabelen. Dit betekent dat er andere factoren zijn die

ook van invloed zijn op de arbeidssatisfactie. Hieronder vallen bijvoorbeeld de persoonlijkheid van de huisarts en zijn of haar copingstijl.

Samenvattend kan men stellen dat een hogere arbeidssatisfactie van huisartsen samenhangt met opleider zijn en het hebben van een eigen apotheek bij de praktijk. Op grond van ons onderzoek mag men niet verwachten dat de arbeidssatisfactie te verhogen is door parttime werken aan te moedigen. Uiteraard kunnen daar wel andere goede redenen voor zijn. Ook de trend om in grotere verbanden te gaan samenwerken, zal naar verwachting geen positieve invloed hebben op de arbeidssatisfactie van de deelnemende huisartsen.

Literatuurlijst

1. Ankoné A. Burnout bij artsen bijna verdubbeld. Med Contact 1999;54:494-497.
2. Gundersen L. Physician burnout. Ann Intern Med 2001;135:145-148
3. Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. Scand J Public Health 2000;28:123-131.
4. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout bij Nederlandse huisartsen. Arts & Auto. 1997; 63:10-13.
5. Dierendonck van D, Groenewegen PP, Sixma H. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel. 1992.
6. Pronk E. Het aanzien van artsen. Med Contact 2002;57:1263-1266.
7. Swanson V, Power K, Simpson R. A comparison of stress and jobsatisfaction in female and male GPs and consultants. Stress Med 1996;12:17-26.
8. Rout U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. Psychol Health Med 1999;4:345-354.
9. O'Connor DB, O'Connor RC, White BL, Bundred PE. The effect of job strain in British general practitioners mental health. J Ment Health 2000;9:637-654.
10. Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: Practitioner age, sex and attitudes as predictors. Fam Pract 1991;8:140-144
11. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Schekler WE, Linzer M, Douglas J. Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. J Fam Pract 2002;51(7):593
12. Hobbs FD. General practitioners' changes to practice due to aggression and work. Fam Pract 1994; 11:75-79.

13. Murray A, Safran DG, Rogers WH, Inui T. Physician workload and patient-based assessments of primary care performance. *Ann.Intern Med.* 2000;9:327-332.
14. Simoens S, Sibbald B. Job-satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs. *Scot Med J.* 2002;47:80-85.
15. Davidson JM, Lambert TW, Goldacre MJ, Parkhouse J. UK senior doctors' career destinations, job satisfaction, and future intentions: questionnaire survey. *BMJ* 2002;325:685-686.
16. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326:22-24
17. Grieve S. Measuring morale – does practice area deprivation affect doctors' well-being? *Br J Gen Pract* 1997;47:547-552.
18. Cooper CL., Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ* 1989;298:366-370.
19. Chambers R, Wall D, Campbell I. Stresses, coping mechanisms and job satisfaction in general practitioner registrars. *Br J Gen Pract* 1996;46:343-348.
20. Movir. Stress en de vrije beroepen. Nieuwegein 1998:onderzoek.
21. Harmsen JAM., Bernsen RMD, Bruynzeels MA, Bohnen AM. Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1114-1118.
22. Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. Een onderzoek onder huisartsen. *Med Contact* 2002;2:63-65.
23. De Voe J, Fryer GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 2002;51:53.
24. Crul BVM. Huiver voor het avontuur. *Med Contact* 2001;51/52:1883-1885.